

sind statistisch vergleichende Aussagen nur mit großer Einschränkung zu ziehen. Besonders im Hinblick auf die Auswertung von Komplikationen während der Behandlung muss natürlich beachtet werden, dass insbesondere bei kleiner Fallzahl, bereits ein Ereignis große prozentuale Ausschläge produziert.

Unabhängig davon können die Autoren mit ihren Beobachtungen die Studiendaten anderer Gruppen nachvollziehen, die bereits berichtet haben, dass auch nach Kurzzeitbestrahlung ein Downsizing und Downstaging zu erzielen ist. Es wird ebenfalls bestätigt, dass wenn möglich ein 8 Wochen Intervall eingehalten werden sollte.

Damit ist allerdings die prinzipielle Frage nicht geklärt, ob eine lokale Kurz-

zeitbestrahlung oder Standard-Radiochemotherapie die bessere Alternative darstellt. Das Latenzintervall und damit die *Einwirkung* der Strahlentherapie ist auch bei einer kompletten Radiochemotherapie inzwischen auf 8 Wochen angehoben worden. Da wir außerdem wissen, dass gerade in den fortgeschrittenen Tumorstadien die Prognose der Patienten nicht lokal entschieden wird, und aus diesem Grund eine distale Tumorkontrolle ebenfalls im Fokus liegen muss, bleibt dieser Punkt kritisch. Immerhin wären fast 70 % der Patienten mit einem Latenzintervall >8 Wochen nach Aussagen der Autoren „fit für eine Chemotherapie“ gewesen. In 20 % traten Komplikationen auf, 6 % davon schwer und revisionsbedürftig. Man kann nur

spekulieren, ob diese Patienten dann eine adjuvante Chemotherapie erhielten.

Es kann jedoch festgehalten werden: Auch nach Kurzzeitbestrahlung sollte der Operationszeitpunkt erst ab ca. 8 Wochen gewählt werden.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. T. H. K. Schiedeck**  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,  
Klinikum Ludwigsburg  
Posilipostraße 4, 71640 Ludwigsburg,  
Deutschland  
thomas.schiedeck@kliniken-lb.de

**Interessenkonflikt.** T.H.K. Schiedeck gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

coloproctology 2016 · 38:376–377  
DOI 10.1007/s00053-016-0120-5  
Online publiziert: 21. Oktober 2016  
© Der/die Autor(en) 2016



CrossMark

### C. Profanter

Department Operative Medizin, Medizinische Universität Innsbruck Univ. Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Innsbruck, Österreich

## Optische Beurteilung kleiner Kolonpolypen ohne Histologie

Funktioniert das flächendeckend in der klinischen Praxis mit ausreichender Qualität?

### Originalpublikation

Rees CJ et al (2016) Narrow band imaging optical diagnosis of small colorectal polyps in routine clinical practice: the Detect Inspect Characterise Resect and Discard 2 (DISCARD 2) study. Gut. doi:10.1136/gutjnl-2015-310584

**Hintergrund.** Die rein optisch gestützte Beurteilung kleiner Kolonpolypen ohne Histologie wird gegenwärtig viel vor dem Hintergrund ökonomischer Aspekte diskutiert. Die Frage, ob auch nicht-hochspezialisierte Zentren die notwendigen Qualitätsstandards mit dieser Strategie erreichen können, ist noch ungeklärt.

**Methoden.** In eine prospektiv-geblinde Multizenterstudie wurden  $n = 1688$  Patienten mit Indikation zur elektiven Koloskopie (Beschwerden bzw. Fäkal-Okkult-Test positiv) eingeschlossen. Alle Endoskopiker an den 6 beteiligten Institutionen wurden in der NBI-Beurteilung inklusive NICE-Klassifikation von Kolonpolypen vorher geschult. Die Polypen wurden dementsprechend klassifiziert nach den Kategorien Adenom, hyperplastisch, Karzinom und Andere. Darüber hinaus musste jeweils eine Diagnosesicherheit von hoch bzw. niedrig angegeben werden. Die histologische Aufarbeitung erfolgte geblendet von den endoskopischen Ergebnissen. Im Studiendesign wurde eine Sensitivität von

95 % als Qualitätsmesslatte festgelegt. Die Sensitivität wurde neben anderen anhand von 2 Hauptkriterien im Vergleich optische Description-Histologie ermittelt (sog. Patienten-Level):

- Vorliegen eines Adenoms (inkl. „high risk“, „low-risk“ etc.),
- Indikation zur Nachsorge/Kontrolle.

Zusätzlich wurden Faktoren wie Polypenvariable, Patient, Endoskopiker und andere analysiert (sog. Polypen-Level).

**Ergebnisse.** Die Test-Sensitivität „optische Detektion Adenom“ betrug 83,4 %, damit signifikant weniger als die definierten 95 % ( $p < 0,001$ ). Die Test-Sensi-

tivität „Indikation zur Nachsorge“ betrug 73,0 %.

**Diskussion und Schlussfolgerung.** Aufgrund dieser Daten folgern die Autoren, dass derzeit die NBI-gestützte rein optische Diagnose kleiner Kolonpolypen für die klinische Routine nicht empfohlen werden kann.

## Kommentar

Zum ökonomischen Hintergrund der rein optischen Beurteilung kleiner Kolonpolypen: Für die USA wurde beispielsweise eine dadurch entstehende potenzielle Kostenersparnis von ca. 30 Mio. USD kalkuliert [1].

In der Literatur wird von spezialisierten Zentren berichtet, welche eine solche NBI-gestützte optische Beurteilung mit adäquater Qualität durchführen können [2]. Allerdings wird eine sehr große Anzahl von sog. Routinekoloskopien an Institutionen ausgeführt, welche nicht diese hohe Spezialisierung aufweisen. Das Studiendesign ist fundiert und geeignet, die Frage zu klären, ob eine solche rein optische Beurteilung in größerem Rahmen abseits hochspezialisierter Zentren mit entsprechenden Qualitätsstandards möglich ist.

Die Ergebnisse erscheinen valide und zeigen klar, dass (zumindest derzeit) die rein optische Beurteilung abseits dieser hochspezialisierten Zentren nicht empfohlen werden kann. Somit stellt sich für die Zukunft die Frage, ob durch ein Endoskopiker-Teaching auf breiter Basis die nötigen Qualitätsstandards erreicht werden können und wenn ja, mit welchem Aufwand und welchen Kosten. Offensichtlich lassen sich die Daten von spezialisierten Zentren zumindest derzeit nicht auf das endoskopische Durchschnittssetting übertragen.

Darin lauert auch die Gefahr einer Qualitätsverschlechterung des Koloskopiescreenings: Wenn es nicht gelingt – oder es nicht möglich ist – mittels Training etc. flächendeckend mit der rein optischen Beurteilung die notwendigen Qualitätsstandards zu erreichen, wäre in letzter Konsequenz abzuwägen zwischen medizinischem Benefit für den einzelnen Patienten auf der einen und den ökonomischen

Aspekten auf der anderen Seite. Mit anderen Worten: Screeningprogramme kosten Geld. Wenn sich diese als effektiv erweisen – wie im Fall der Koloskopie unbestritten – bleibt die Frage an Politik und Gesellschaft: Wie viel bin ich bereit dafür auszugeben bzw. welchen Preis akzeptiere ich für Einsparungen.

## Korrespondenzadresse

**Ao. Univ. Prof. Dr. C. Profanter**

Department Operative Medizin, Medizinische Universität Innsbruck Univ. Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich christoph.profanter@i-med.ac.at

Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

**Interessenkonflikt.** C. Profanter gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

1. Hassan C, Pickhardt PJ, Rex DK (2010) A resect and discard strategy would improve cost-effectiveness of colorectal cancer screening. Clin Gastroenterol Hepatol 8:865–9, 9:e1–3
2. McGill SK et al (2013) Narrow band imaging to differentiate neoplastic and non-neoplastic colorectal polyps in real time: a meta-analysis of diagnostic operating characteristics. Gut 62:1704–1713. doi:10.1136/gutjnl-2012-303965

## Innerklinische Notfallteams müssen früher intervenieren

**In Deutschlands Kliniken kommt es jedes Jahr zu rund 93.000 Herz-Kreislaufstillständen. Daten des Dresdner Uniklinikums belegen: Ein frühzeitiger Einsatz innerklinischer Notfallteams senkt die Zahl von Herz-Kreislaufstillständen und erhöht die Überlebensrate.**

Allerdings wird derzeit lediglich ein Fünftel aller in deutschen Krankenhäusern tätigen innerklinischen Notfallteams (Medical Emergency-Teams – MET) bereits bei Warnsymptomen aktiv, wie eine Umfrage der Anästhesisten des Uniklinikums ergab.

Damit die Ärzte und das Pflegepersonal des Dresdner Klinikums die frühen Anzeichen einer lebensbedrohlichen Situation von Patienten zuverlässig erkennen können, haben sie einen Kriterienkatalog erstellt und schulen die Mitarbeiter der Stationen regelmäßig. Dazu gehört auch ein obligatorisches jährliches klinikinternes Reanimationstraining.

Zudem wurden die Notfallequipments vereinheitlicht, automatisierte externe Defibrillatoren angeschafft sowie die Logistik der Alarmierung und des Transports verbessert. So konnte erreicht werden, dass die Zahl der notwendigen Reanimationen trotz steigendem Schweregrad und parallel steigender Patientenzahl stabil geblieben ist.

Auch die Rate der reanimierten Patienten, die 30 Tage nach der Entlassung noch leben, ist am Klinikum dreimal so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Es bestehe die realistische Chance, in Deutschland jedes Jahr das Leben von rund 30.000 Krankenhauspatienten zu retten, resümieren die Ärzte.

**Quelle: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)**